

TRABAJO DE FIN DE GRADO

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA



El síndrome de *Burnout* en
profesionales de enfermería de
unidades de cuidados críticos.

Burnout syndrome in nursing
professionals in critical care units.

Revisión narrativa



Autora: Isabel Velázquez Moraga.

Tutor: Luis Monge.

GRADO DE ENFERMERÍA. Curso 2017/2018.

ÍNDICE

➤	RESUMEN	1
➤	INTRODUCCIÓN	3
	▪ Justificación	3
	▪ Objetivos del trabajo	4
	▪ Definición y evolución histórica del síndrome de <i>burnout</i>	4
	▪ Escalas de medida	7
	▪ Análisis epidemiológico	8
	▪ Influencia del género en el desarrollo del síndrome de <i>burnout</i>	9
	▪ Discriminación con otros términos y diagnóstico diferencial	10
	▪ Etapas del síndrome	12
	▪ Factores de riesgo	14
	▪ Consecuencias del síndrome	16
	▪ Visibilización de la enfermería en unidades de cuidados críticos	19
➤	METODOLOGÍA	20
➤	RESULTADOS Y DISCUSIÓN	24
	1. Afectación del síndrome de <i>burnout</i> en enfermeras que trabajan en unidades de cuidados críticos	24
	2. Comparación entre UCIs y unidades de hospitalización en cuanto a la aparición del síndrome	28
	3. Influencia de disposición de los turnos y horarios de trabajo en la aparición del síndrome	29
	4. Estrategias de afrontamiento y/o prevención del síndrome	30
	5. Consecuencias del síndrome sobre los pacientes	33
➤	CONCLUSIÓN	36
➤	LIMITACIONES Y PROYECCIÓN EN EL FUTURO	37
➤	AGRADECIMIENTOS	37
➤	BIBLIOGRAFÍA	38
➤	ANEXOS	41

RESUMEN

Introducción: Durante los últimos años, ha surgido en el mundo de la salud laboral un proceso denominado síndrome de *Burnout*, un trastorno de índole psicológica que se manifiesta principalmente a través de tres síntomas: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal. Este síndrome afecta en mayor medida al colectivo enfermero que desarrolla su trabajo en Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs), y puede tener importantes consecuencias, no solo en los profesionales afectados, sino también en el tratamiento de los propios pacientes, pudiendo llegar a desencadenar absentismo laboral e incluso el abandono del puesto de trabajo.

Objetivos: Conocer el grado de afectación del síndrome de *burnout* en los profesionales de enfermería que trabajan en UCIs, cómo repercute en los pacientes y cómo puede prevenirse y/o afrontarse.

Metodología: Se llevó a cabo una revisión narrativa a través de una búsqueda estructurada en PubMed, Cinhal, Cuiden y Cochrane, cuyos términos de búsqueda fueron: “Critical Care”, “*Burnout Syndrome*”, “Nursing” y “Patients”.

Resultados y discusión: Dada la elevada prevalencia del síndrome de burnout en el colectivo, se detecta una falta de conocimientos de los profesionales de enfermería que trabajan en UCIs sobre cómo prevenir y afrontar el síndrome, además de una evidente afectación del síndrome en la consecución de los resultados enfermeros.

Conclusión: No se ha encontrado concordancia absoluta entre los distintos estudios analizados sobre prevalencia. No obstante, se ha demostrado que la resiliencia puede ayudar a los profesionales de enfermería a prevenir y afrontar el síndrome. También se ha encontrado una clara evidencia sobre la baja eficiencia de los cuidados enfermeros en pacientes críticos cuyos principales proveedores de cuidados padecen síndrome de *Burnout*.

Palabras clave: síndrome de *Burnout*, enfermería, UCI.

ABSTRACT

Introduction: During the last years, a problem called Burnout syndrome has arisen in the world of occupational health. It is a psychological disorder that shows mainly through three symptoms: emotional exhaustion, depersonalization and low personal fulfillment. This syndrome affects to a greater extent the nursing group that develops its work in Intensive Care Units (ICU), and can have important consequences, not only in the affected professionals, but also in the treatment of the patients themselves, which can lead to disenchantment absence from work and even the abandonment of the job.

Objectives: To know the degree of involvement of burnout syndrome in nursing professionals working in OIC, how it affects patients and how can it be prevented and / or dealt with.

Methodology: A narrative review was carried out through a structured search in PubMed, Cinhal, Cuiden and Cochrane, where they found: "Critical Care", "Burnout Syndrome", "Nursing" and "Patients".

Results and discussion: Due to the high prevalence of burnout syndrome in the group, a lack of knowledge of the nursing professionals working in OCI is detected on how to prevent the syndrome and cope with it, as well as an evident impact of the syndrome in the achievement of the nursing results.

Conclusion: No absolute concordance was found between the different studies analyzed on prevalence. However, it has been shown that resilience can help nursing professionals to prevent the syndrome and cope with it. Clear evidence has also been found about the low efficiency of nursing care in critical patients whose main care providers suffer from Burnout syndrome.

Key words: Burnout syndrome, nursing, ICU.

➤ INTRODUCCIÓN

▪ Justificación

El síndrome de *Burnout* es un fenómeno de gran impacto sobre los profesionales de enfermería, que se dedican a la atención especializada en unidades de cuidados críticos. Los pacientes en estas unidades son muy dependientes y demandantes en su mayoría, necesitan una atención que no sólo está basada en la esfera biológica, sino que también incluye el ámbito emocional. Por ello, trabajar con estos pacientes supone una gran carga para el profesional, que puede desencadenar múltiples dolencias físicas y psicológicas. Así mismo, esta situación da lugar a la disminución de la calidad asistencial, como consecuencia de una mala praxis.

Por este motivo, es relevante señalar que para poder prestar cuidados con la mayor excelencia posible a pacientes críticos, estos profesionales se deben encontrar en un completo bienestar en el plano bio-psico-social. Por ello, es primordial tener presente cuáles son los factores desencadenantes del síndrome de *Burnout*, sus manifestaciones y todo aquello en relación con él. De este modo, se podrá prevenir su aparición y actuar de tal manera, que no solo nos centremos en el cuidado de los pacientes, sino que también protejamos nuestra salud.

Otra cuestión que resalta la envergadura de este tema, es si la enfermería es la única implicada en la prevención del síndrome. La respuesta sin lugar a dudas es no. Este horizonte no solo involucra a los profesionales directos en contacto con los pacientes, sino que también concierne a todas aquellas autoridades que deben actuar implementando medidas generales, con el objetivo de mantener el bienestar del colectivo enfermero.

▪ Objetivos del trabajo

General	Conocer el grado de afectación del síndrome de <i>burnout</i> en los profesionales de enfermería que trabajan en UCIs.
Específicos	<ul style="list-style-type: none">- Conocer cómo afecta el síndrome de <i>burnout</i> en el cuidado de los pacientes.- Conocer estrategias de prevención y afrontamiento del síndrome de <i>burnout</i>.

Figura 1: Objetivos general y específicos

▪ Definición y evolución histórica del síndrome de *burnout*

Actualmente, el síndrome de *Burnout*, también conocido como síndrome de agotamiento profesional, es una patología que suele aparecer en profesionales de la salud y también de otros sectores, que se encuentran en contacto directo con el cuidado de personas ⁽¹⁾. El síndrome sería la respuesta extrema al estrés crónico originado en el ámbito laboral, y que da lugar a repercusiones en el contexto individual, pero también en aspectos organizacionales y sociales. Con el paso del tiempo, se ha ido dotando a este término de mayor relevancia, hasta que en el año 2000 fue reconocido por la Organización Mundial de la Salud como una enfermedad de riesgo laboral ⁽²⁾.

El síndrome de *Burnout* fue definido en 1974 por primera vez por Freudenberg ⁽³⁾ como una sensación de fracaso y existencia agotada que resultaba de una sobrecarga por exigencias de energía, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador.

Posteriormente diferentes autores completaron la definición, y actualmente se considera que la de Maslach de 1976 es la más aceptada ⁽³⁾. Este autor la define como un síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y una reducida realización profesional.

Estas tres dimensiones se desarrollan de la siguiente manera: el agotamiento emocional se explica como el resultado de la sensación de sobreesfuerzo físico producido por el contacto con las personas que hay que atender, la despersonalización como la falta de sentimiento y/o sensibilidad hacia los pacientes, y finalmente, la baja realización personal hace referencia a un sentimiento deficitario de competencia y éxito en el trabajo. Esta definición, considera que el *Burnout* nace como una respuesta al estrés emocional, el cual genera una tensión laboral que imposibilita el desarrollo personal en el medio de trabajo.

En 1987, Burke ⁽⁴⁾ define el Burnout como un proceso de desadaptación al estrés laboral, caracterizado por desorientación profesional, desgaste, sentimientos de culpa por falta de éxito profesional, distanciamiento emocional y aislamiento. Esta conceptualización añade a las anteriores la sensación de no realización personal en el trabajo como consecuencia de la propia carga.

Unos años después, en 1993, dentro de la tendencia a aplicar el Burnout sólo a profesiones asistenciales, Maslach y Schaufeli ⁽⁴⁾, ampliaron la conceptualización del término aceptando diversas definiciones en función de algunas características que variaban dependiendo del sujeto, entre las que destacan:

1. La predominancia de los síntomas psicológicos o conductuales (cansancio emocional, fatiga y depresión) sobre los físicos.
2. La manifestación de los síntomas en personas que no sufrían ninguna psicopatología anteriormente.
3. La clasificación como un síndrome clínico-laboral.
4. La consolidación de inadecuada adaptación al trabajo como factor desencadenante, que conlleva a una disminución del rendimiento laboral, junto a la sensación de baja autoestima.

En 1998, Mingote ⁽⁴⁾ aporta a la definición que no solo es trascendente el mero estrés laboral desencadenante del síndrome, sino que también se debe tener en cuenta el significado que cada persona le da a su ocupación profesional y la capacidad de las mismas para generar estrategias de afrontamiento. En el caso de que esta capacidad fuera deficitaria, la excesiva implicación en el trabajo podría concluir en la desatención de los pacientes, pero también de los mismos profesionales.

Posteriormente en el año 2000, Farber ⁽⁴⁾ lo describe como un reflejo de la mayoría de los ambientes de trabajo que hay en la actualidad, ya que se entiende por competencia laboral la exigencia de producir cada vez mejores resultados en un menor tiempo y con los mínimos recursos posibles. Por ello, el autor señala cuatro variables de gran relevancia para explicar la aparición y desarrollo del síndrome:

1. La presión de satisfacer las demandas de otras personas.
2. La intensa competitividad.
3. El deseo de obtener mayor remuneración.
4. La sensación de no estar provisto de algo que se merece.

A modo de síntesis, se acepta que el síndrome de *Burnout* es el resultado de un proceso en el que el sujeto se ve expuesto a una situación de estrés crónico laboral, que se manifiesta por la responsabilidad de atender a otros sujetos y ante el que las estrategias de afrontamiento que utiliza no son eficaces. Es decir, los profesionales de la salud, en este caso el colectivo enfermero, en su esfuerzo por responder de manera eficaz a las demandas y presiones laborales de unidades críticas, pueden acarrear esa sensación descrita como “estar quemado”, la cual da lugar a un bajo rendimiento laboral, conduciendo al deterioro de la calidad del servicio por mala praxis, absentismo e incluso abandono del puesto de trabajo.

▪ Escalas de medida

Para la evaluación del síndrome de *Burnout* se han utilizado diferentes técnicas. Al principio, los investigadores utilizaban observaciones sistemáticas, entrevistas estructurales y tests proyectivos. Posteriormente comenzaron a dar mayor énfasis a la evaluación mediante cuestionarios o autoinformes, lo que plantea la siguiente cuestión: ante un proceso de evaluación con autoinformes es importante tener en cuenta que las variables de medida son subjetivas, por lo que se aconseja recopilar datos de otras fuentes para confirmar y ampliar los resultados. Sin embargo, los autoinformes son los instrumentos más utilizados para la evaluación del síndrome, y de éstos el más destacado por los investigadores es el Maslach Burnout Inventory (MBI; Maslach y Jackson, 1981, 1986) ⁽⁴⁾. Ambos autores consideran el *Burnout* como un síndrome tridimensional, por lo que la escala está dividida en tres subescalas: a) cansancio emocional, b) despersonalización y c) baja realización personal, y cada una de estas subescalas puede valorarse como bajo-, medio- o alto. Además, con esta escala se pueden analizar los resultados en relación con la profesión del individuo, ya que hay puntuaciones de corte para distintos grupos: profesores, asistentes sociales, médicos, profesionales de la salud. Desde su introducción, el MBI ha sido aplicado a estas poblaciones obteniendo alta fiabilidad y validez sobre las tres variables mencionadas.

▪ **Análisis epidemiológico**

Las condiciones laborales y las características de trabajo desarrollado por el personal de enfermería en las UCIs, hacen que este sea un grupo de alta vulnerabilidad para el desarrollo del *Burnout*, por lo que la prevalencia de dicho síndrome ha sido estudiada de manera exhaustiva en los últimos años.

Según un estudio publicado en el año 2008 por la revista *Enfermería Intensiva*, de un total de 126 diplomados enfermeros encuestados a través del MBI, el 16% padecían el síndrome ⁽³⁾. El porcentaje en este colectivo fue el más alto respecto a los demás (auxiliares de enfermería, médicos adjuntos y residentes), aspecto que no solo se refleja en esta publicación, sino también en otras de similares objetivos de estudio. En este artículo, una de las conclusiones más significativas, es que se destacan niveles elevados de despersonalización y niveles medios del resto de características inherentes al síndrome (baja realización personal y cansancio emocional).

Sin embargo, en un estudio más reciente, publicado en el año 2014, en el que se utilizó de nuevo el MBI en su versión validada en español, la prevalencia del síndrome de *Burnout* ascendió al 31,81%, con diferencias poco significativas entre las variables de estudio ⁽⁷⁾.

Tras este corto análisis, se podría afirmar que con el paso de los años son más los profesionales afectados. Así, surge la necesidad de implementar medidas generales para el control del síndrome, pudiendo conseguir una mejor calidad de vida y realización personal, en el medio de trabajo de enfermeros/as de unidades de cuidados críticos.

▪ **Influencia del género en el desarrollo del síndrome de *Burnout***

En un estudio realizado en 2002 por Gil-Monte, junto con Peiró y Valcárcel ⁽⁸⁾, en el que participaron un total de 330 sujetos, de los cuales 72 eran hombres (21,8%) y 258 mujeres (78,2%), cabe señalar que Tras la estimación mediante el MBI, los hombres puntuaron significativamente más alto que las mujeres en los apartados relativos a despersonalización, falta de reciprocidad e inclinación al absentismo. Por contrario, en el caso de las mujeres, éstas obtenían mayores puntuaciones en los ítems de sobrecarga, estrés emocional y baja realización personal. Sin embargo, aunque la puntuación en despersonalización no era elevada en la muestra de mujeres, ésta surgía como una estrategia de afrontamiento frente al resto sentimientos experimentados. Según el estudio, la consideración tradicional de la enfermería como una profesión vinculada al género femenino, y las diferencias entre los modelos de socialización de la sociedad occidental para ambos géneros, estos podrían constituir la base de las diferencias entre los signos que resultan del *Burnout*, ya que mientras que las mujeres han sido condicionadas socialmente para cuidar, educar y hacerse cargo de las personas de su alrededor, en los hombres se ha intentado enfatizar la dureza, la indiferencia emocional y una actitud opuesta a la interdependencia.

Por lo que respecta a las implicaciones prácticas del estudio mencionado, los autores sugieren que es necesario que los gestores de recursos humanos en el colectivo enfermero diseñen medidas de intervención y prevención del síndrome de *Burnout* y del absentismo en enfermería, considerando la existencia de ambos sexos en la profesión. Esto conlleva estudiar las diferencias que hay entre ellos, ya que se desarrollan distintos patrones de respuesta al estrés laboral, teniendo en cuenta la sobrecarga laboral y la percepción de equidad como variables para prevenir el síndrome.

Más tarde, en el año 2010, tras el deseo de reconocer o desmentir la creencias de la influencia del síndrome sobre el género, Radostina realizó un meta-análisis titulado “*Gender differences in Burnout*” ⁽⁹⁾. Este estudio afirma, como el anterior, la existencia de diferencias en el desarrollo del *Burnout* entre hombres y mujeres, y sus resultados de nuevo son un mayor agotamiento emocional en mujeres y despersonalización en hombres.

Así, se puede llegar a la conclusión de que los condicionantes y los roles de género se perpetúan en el tiempo de un modo que no solo afecta al individuo de manera personal, sino también en el plano profesional. Por lo tanto, hay que tener esto en cuenta a la hora de tomar medidas para corregir este problema.

▪ **Discriminación con otros términos y diagnóstico diferencial**

La conceptualización del síndrome de *Burnout* ha dado lugar a múltiples discusiones por la confusión que produce el hecho de diferenciarlo con otras entidades. No obstante, en 1989 Shirom ⁽⁴⁾, explica que el término no se solapa con otros conceptos de índole psicológica, como son: el estrés general, fatiga física, depresión, tedio o aburrimiento, insatisfacción laboral y acontecimientos vitales y crisis de la edad media de la vida, aunque existan semejanzas. En la siguiente tabla, se precisan las diferencias.

Estrés general	Síndrome de <i>Burnout</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Efectos positivos y negativos 	<ul style="list-style-type: none"> - Efectos solo negativos - Síndrome exclusivo de contexto laboral
Fatiga física	Síndrome de <i>Burnout</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Recuperación rápida - Puede estar acompañada de sentimientos de realización personal y /o éxito 	<ul style="list-style-type: none"> - Recuperación lenta - Está acompañada de sentimientos profundos de fracaso
Depresión	Síndrome de <i>Burnout</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Correlación significativa sólo con el cansancio emocional. - Sentimiento de culpa - Consecuencia negativa del Síndrome de <i>Burnout</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Baja realización personal - Despersonalización - Sentimiento cólera o rabia - Síntomas de depresión en etapas posteriores del síndrome
Tedio o aburrimiento	Síndrome de <i>Burnout</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Resulta de cualquier tipo de presión, falta de motivación o de la insatisfacción laboral 	<ul style="list-style-type: none"> - Es generado por repetidas presiones emocionales
Acontecimientos vitales y crisis de la edad media de la vida	Síndrome de <i>Burnout</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Se desencadena cuando el profesional hace balance negativo de su posición y desarrollo laboral 	<ul style="list-style-type: none"> - Se da con mayor frecuencia en sujetos que se han incorporado de manera reciente al trabajo.

Tabla 1: Discriminación con otros términos.

De este modo, tras múltiples estudios empíricos de autores como Meier en 1984 ⁽⁴⁾, que afirma que el constructo cumple los criterios de validez convergente y divergente, se podría concluir con que aun teniendo este término una trascendente semejanza con otros conceptos de carácter psicológico, se considera el *Burnout* como un síndrome de identidad propia. Sin embargo, y aunque este síndrome haya sido calificado como “la plaga del siglo XXI”, aún no se presenta como una categoría diagnóstica clara en los manuales de psiquiatría y psicología ⁽¹⁰⁾. En el CIE-10 (Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades), podemos encontrar un grupo que se asemeja al síndrome, el cual se titula “problemas respecto a las dificultades para afrontar la vida ⁽¹¹⁾. Por ello, es fundamental que a la hora de clasificar los síntomas previos al diagnóstico, se tenga presente que aquellos que guardan total relación con el *Burnout* son: agotamiento emocional, despersonalización y una reducida realización profesional, tal y como se han descrito en el anterior apartado de “Definición y evolución del Síndrome”.

▪ Etapas del síndrome

En general, el proceso del *Burnout* ha sido definido por múltiple autores, cada uno explicando secuencialmente la aparición de rasgos y de síntomas globales, pero con significativas diferencias entre ellos. Por este motivo surgen discrepancias a la hora de la clasificación de las etapas del síndrome, y estas dan lugar a una variedad de modelos procesales, aunque ninguno de ellos ha sido completamente aceptados ⁽⁴⁾.

Sin embargo, las etapas propuestas por Edelwich y Brodsky ⁽⁴⁾, han sido las más aceptadas por su comprensión del síndrome desde los primeros síntomas positivos del profesional ante la carga asistencial, hasta la aparición de las reacciones más perjudiciales del individuo hacia sí mismo y sus pacientes. Son las siguientes:

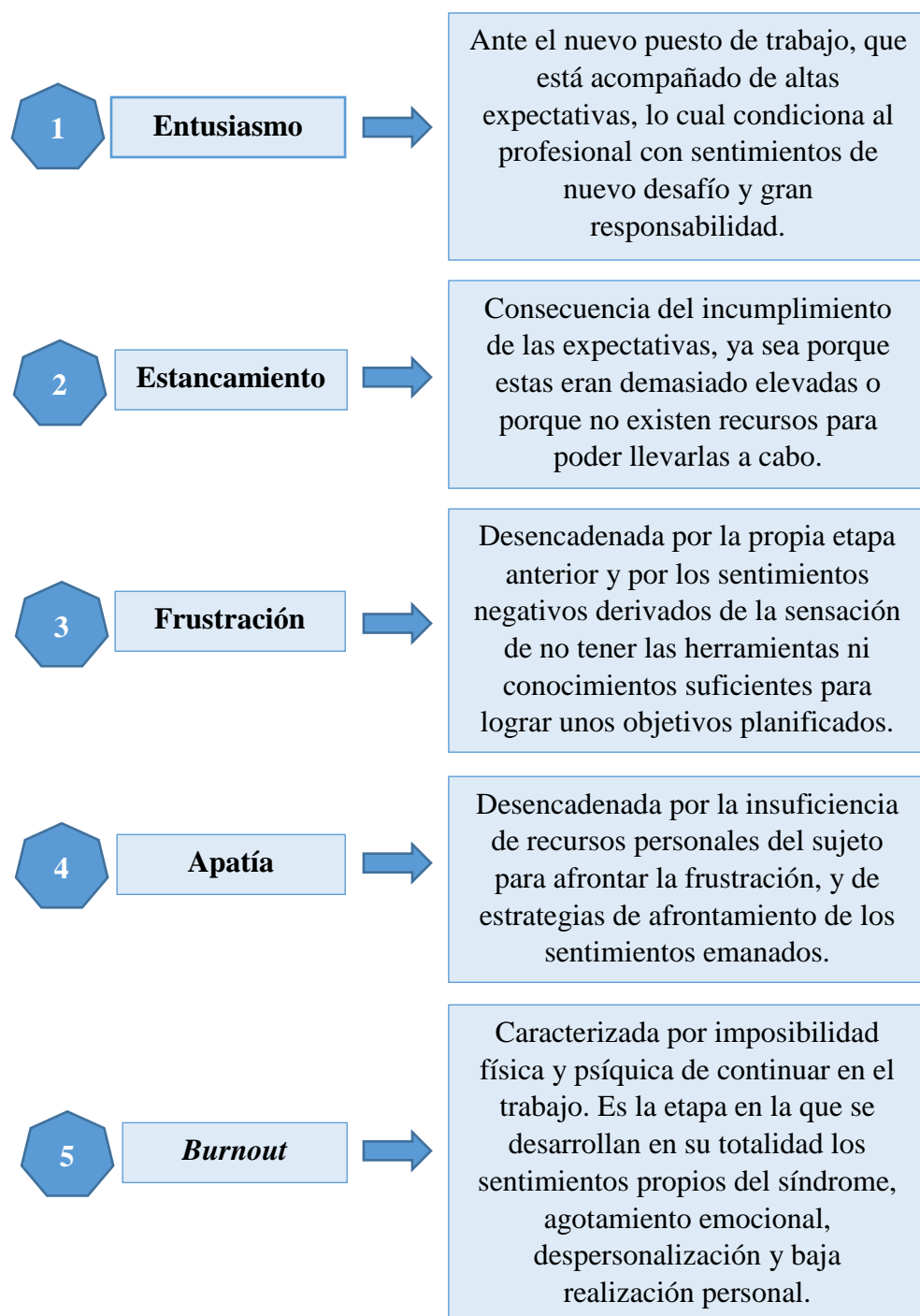


Figura 2: Etapas del síndrome de Burnout

Desde otro punto de vista, también aceptado y reconocido como una buena aproximación del desarrollo del síndrome, Cherniss ⁽⁴⁾ postula que el *Burnout* comprende un proceso de adaptación entre un sujeto estresado y un trabajo estresante, en el cual el principal desencadenante es la pérdida de compromiso del individuo. Esto implica cambios en la conducta y actitud del trabajador, que se caracterizan por un abordaje negativo del agotamiento, que da lugar a un trato impersonal y frío hacia los pacientes.

▪ Factores de riesgo

Se distinguen diferentes variables reconocidas como factores de riesgo o desencadenante del síndrome, son las siguientes:

→ Variables individuales

Según Edelwich y Brodsky (1980) ⁽⁴⁾, el *Burnout* se desarrolla cuando el deseo de un individuo por ayudar en el proceso vital de otra persona se ve frustrado, ya que los motivos por los que por los que las personas se dedican a cuidar y ayudar a otras, tienen como fin último confirmar su sentido de poder. También señalan factores de alto riesgo el alto entusiasmo emocional acompañado de una baja remuneración económica, la falta de apoyo y refuerzo en el medio de trabajo, el uso inadecuado de los recursos, situación laboral inestable y ser empleado joven o primerizo, ya que aumentan la probabilidad de desencadenar el síndrome.

También es importante el nivel de implicación del sujeto en el trabajo. En concreto, la implicación se cree como predictor significativo del desgaste junto con la falta de estrategias de afrontamiento. Del mismo modo, influye la personalidad, ya las variables individuales ejercen una gran influencia sobre las respuestas, y por lo tanto en las consecuencias. Así pues, la relevancia de estas variables implican la existencia de un “estilo de conducta al estrés”, que da lugar a dos explicaciones generales: la “personalidad resistente” de Kobassa (1982), y el “sentido de coherencia” de Antonovsky (1987) ⁽⁴⁾. El modelo de la “personalidad resistente”, que ha tenido mayor repercusión académica, propone que las dimensiones que conforman esta personalidad son formas de acción, en este caso el control y el reto, y se basan en el compromiso y la confianza interpersonal con los otros. El sujeto siente la convicción de que al intervenir en los cuidados de otros individuos, provocará un impacto en el curso de los acontecimientos para su propio beneficio. El otro modelo, el “sentido de coherencia”, se basa en los aspectos activos de la conducta que implican el desarrollo de acciones adaptativas y positivas frente a los factores de estrés.

→ Variables sociales

Con carácter general, se considera que las relaciones sociales dentro y fuera del lugar de trabajo, desencadenan los factores estresantes del síndrome. Los efectos positivos de las relaciones sociales sobre el trabajador han sido clasificados en emocionales, informativos e instrumentales. En cualquier caso es necesario que exista una red de apoyo emocional, basada en la integración social, la percepción de disponibilidad de otros para informar y comprender, y la prestación de ayuda y asistencia material. En general, las variables sociales aceptadas serían:

- Variables sociales extra-laborales. Son las relaciones familiares y del entorno más cercano, por ello se hace especial hincapié en la importancia del apoyo en estas fuentes, ya que provocan en el sujeto sentirse querido, valorado y cuidado. Esto es debido a que el apoyo en el hogar, mitiga los efectos estresantes de la vida diaria.
- Variables organizativas. Las características de las demandas laborales y el estrés laboral han sido muy estudiadas, y se ha llegado a la conclusión de que se distinguen dos tipos de variables: las cuantitativas y las cualitativas. Las primeras se refieren a la carga laboral, es decir, cuanto más alto sea el nivel de sobrecarga y presión horaria, más bajo será el rendimiento cognitivo, aumentando así el malestar afectivo y la reactividad fisiológica. Las variables cualitativas hacen referencia a al tipo y contenido de las tareas. De estas se ha estudiado que la monotonía, simplicidad y excesiva responsabilidad en el trabajo, aumentan el riesgo de padecer el síndrome, ya que son fuertes estresores potenciales ⁽⁴⁾.

▪ Consecuencias del síndrome

→ En el profesional

El síndrome de *Burnout* produce efectos sobre los profesionales de enfermería en varias esferas, estas son la emocional, cognitiva, conductual y social.

La mayoría de consecuencias son de carácter emocional, hecho basado en que en la definición operativa de Maslach ⁽⁴⁾, 12 de los 22 ítems de su escala apuntan a este ámbito, los cuales apuntan a sentimientos de agotamiento y depresión.

No obstante, también han sido estudiados los síntomas cognitivos, ya que en el comienzo del desarrollo del síndrome no hay una lógica entre las expectativas laborales y lo real.

En cuanto al área conductual, la consecuencia más importante es la despersonalización, derivada de la pérdida de acción proactiva, y de conductas o hábitos dañinos para la salud que buscan el afrontamiento del síndrome, como pueden ser el consumo aumentado de estimulantes o abuso de sustancias. Éstas pueden llegar a manifestar desórdenes fisiológicos con síntomas como: cefalea, dolor muscular, hipertensión, disfunción sexual y problemas en el patrón del sueño.

Finalmente, las consecuencias sociales tienen relación con la organización del trabajo que realizan los individuos, siendo la más prevalente y relevante la reacción tendente al aislamiento. Esta situación afecta especialmente al deterioro de las relaciones personales.

A modo de resumen, véanse en la siguiente tabla las principales manifestaciones del síndrome de las diferentes áreas de estudio:

Emocionales	Cognitivas
<ul style="list-style-type: none"> - Depresión - Indefensión - Desesperanza - Irritación - Apatía - Desilusión - Pesimismo - Hostilidad - Falta de tolerancia - Acusaciones a los pacientes - Supresión de sentimientos 	<ul style="list-style-type: none"> - Pérdida de significado - Pérdida de valores - Desaparición de expectativas - Modificación del autoconcepto - Desorientación cognitiva - Distracción - Cinismo - Criticismo generalizado
Conductuales	Sociales
<ul style="list-style-type: none"> - Evitación de responsabilidades - Absentismo - Conductas desadaptativas - Desorganización - Sobreimplicación - Evitación de toma de decisiones - Aumento de uso de cafeína, alcohol, tabaco y drogas 	<ul style="list-style-type: none"> - Evitación de contacto con otros profesionales y/o familiares - Conflictos interpersonales - Formación de grupos críticos

Tabla 2: Manifestaciones del síndrome de Burnout.

→ **En el cuidado de los pacientes**

El síndrome de *Burnout* es una patología que no solo afecta al profesional que la padece, sino que también incide en el cuidado de los pacientes, haciendo que este sea más pobre e ineficaz. Según un estudio realizado en el año 2002 por Aiken ⁽¹²⁾, se podría decir que la proporción de enfermeros que sufren *Burnout* es mayor en aquellos hospitales y centros de cuidado con una elevada proporción de pacientes por enfermera, los cuales experimentan altas tasas de mortalidad y fallo en la RCP, producidas por un cuidado insuficiente y de baja calidad. Unos años después, en 2008 ⁽¹³⁾, la investigadora, siguiendo las mismas líneas de estudio, afirma que con el objetivo de conseguir una atención de mayor calidad, se deben optimizar los elementos del entorno hospitalario y reeducar al personal de enfermería para que los cuidados se lleven a cabo con mayor excelencia.

Más tarde, en el año 2012, la misma autora realiza un estudio en distintos hospitales de países europeos ⁽¹⁴⁾, y corroborando las conclusiones de sus anteriores estudios, obtuvo como resultado que los déficits en la calidad de la atención hospitalaria, fueron comunes en todos los países. Una estrategia de bajo coste para aumentar la eficacia de los cuidados y la satisfacción de los pacientes, así como su seguridad, sería la mejora de los entornos de trabajo, lo que daría lugar a la reducción de la prevalencia del *Burnout* en enfermería.

▪ **Visibilización de la enfermería en unidades de cuidados críticos.**

Diversos estudios han mostrado a lo largo de los años, que la imagen pública de la enfermería no siempre coincide con la imagen profesional. Siempre se ha reconocido la profesión como una ocupación ligada a las prescripciones médicas y sin autonomía en la toma de decisiones. En una labor asistencial, como es la enfermería, en la que un gran porcentaje de los profesionales sufren síndrome de *Burnout*, es importante señalar que este no solo está producido por la carga de trabajo, sino que también la falta de reconocimiento en la profesión tiene mucha responsabilidad sobre la aparición del síndrome.

Por este motivo, se han escrito múltiples artículos con el fin de estudiar el trato que recibe el colectivo. Uno de ellos es el publicado por la revista *Cultura de los Cuidados* en el año 2017 ⁽¹⁵⁾, cuyo objeto de estudio fue el análisis crítico y exhaustivo del tratamiento que recibe la profesión y el profesional de Enfermería en la prensa escrita. La conclusión de este artículo refleja que la imagen de la enfermería continúa estando muy alejada de una profesión autónoma, competente y con mayor capacidad de decisión, imagen influenciada por la proyección de los medios de comunicación. De aquí nace la necesidad de lograr una mejora en la posición actual, de la visibilización de los cuidados y de la proyección para el futuro, pudiendo así conseguir una disminución de la incidencia del síndrome, por un mayor reconocimiento de la labor enfermera.

➤ METODOLOGÍA

Se ha escogido la tipología de trabajo “revisión narrativa” para analizar y resumir la literatura existente sobre el tema elegido: el síndrome de *Burnout* en profesionales de enfermería en unidades de cuidados críticos.

Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos de Ciencias de la Salud: PubMed, CINAHL, Cuiden y Cochrane.

Se emplearon, con el operador booleano “AND” y la selección de “Title/Abstract” las palabras clave: enfermería, cuidados críticos, síndrome de *Burnout*.

Para utilizar un lenguaje controlado en la base de datos PubMed, se utilizaron términos MeSH (Medical Subject Headlines), a partir de su equivalencia con los términos DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud). En la siguiente tabla se precisan dichos términos.

DeCS	MeSH
Enfermería	Nursing → Nurs*
Cuidados críticos	Critical, Care
Síndrome de <i>Burnout</i>	<i>Burnout</i> , Syndrome
Pacientes	Patients

Tabla 3: Equivalencias términos DeCS y MeSH.

Para todas las bases de datos utilizadas se redujo la búsqueda bibliográfica con el filtro “publicado en los últimos 10 años”. Otros filtros empleados fueron el idioma: “inglés” y “español”, y el de “texto completo”. En la base de datos CINAHL también se empleó el filtro “Exclusión de los registros Medline”, con el fin de evitar la duplicación de artículos recuperados de PubMed. No se aplicaron filtros en cuanto a la edad ni género, ya que la edad no era influyente en la búsqueda y ambos géneros eran objeto de estudio.

Como criterios de inclusión, se contemplaron estudios que:

- Tratan sobre el síndrome de *Burnout* o de estrategias para afrontarlo.
- Se desarrollan en el ámbito enfermero.
- Se desarrollan sobre la investigación en unidades de cuidados críticos.
- Tratan las consecuencias del *Burnout* tanto en profesionales como en pacientes.

Como criterios de exclusión, se contemplaron estudios que:

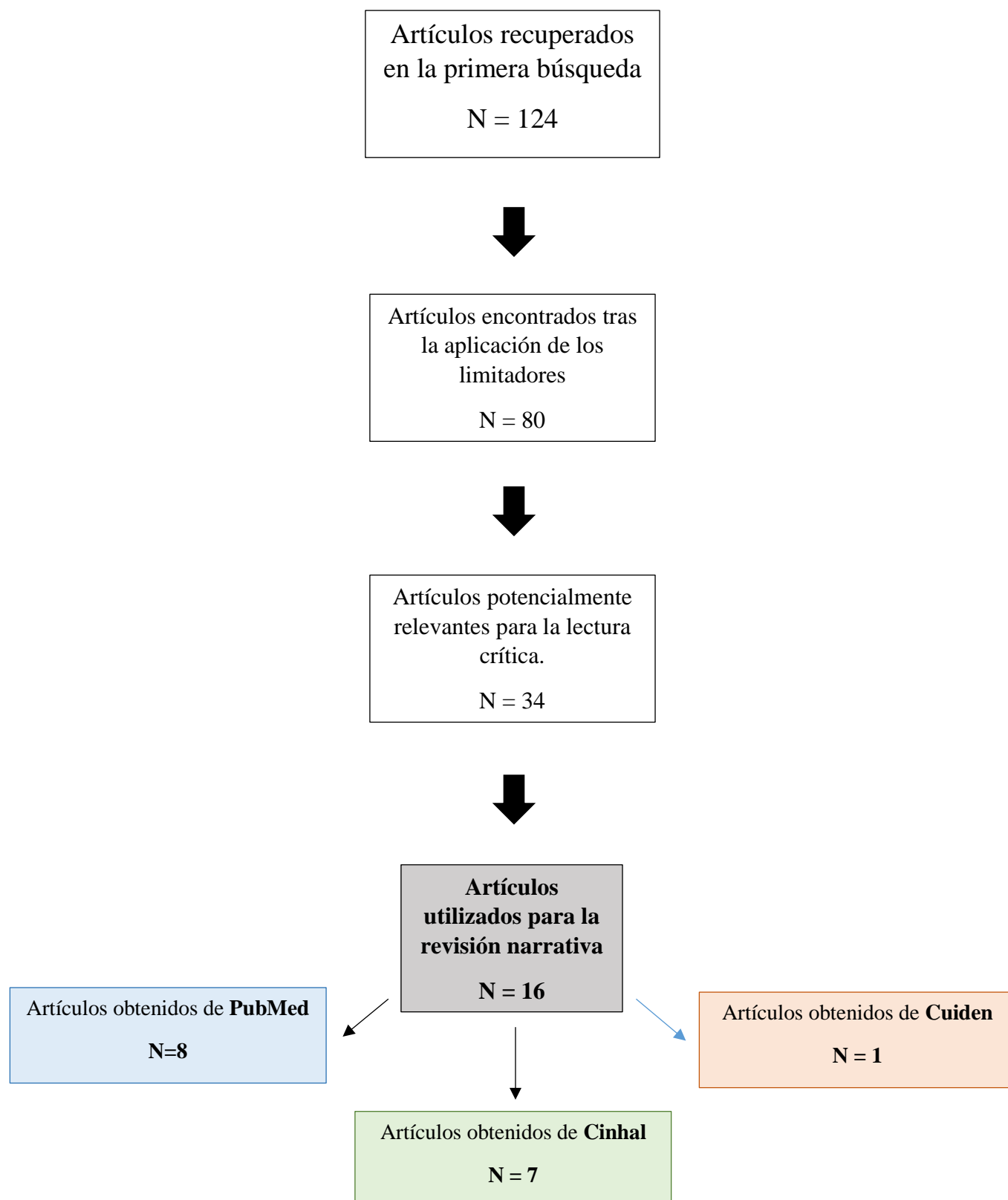
- Hablan únicamente del estrés laboral.
- Únicamente contemplan a otros profesionales del equipo multidisciplinar.
- Se desarrollan en unidades en las que no se presta cuidado a pacientes críticos.
- Hablan solo de uno de los dos géneros.

A continuación, se detalla en la siguiente tabla las estrategias de búsqueda en las diferentes bases de datos.

Base de datos	Estrategia de búsqueda	Artículos recuperados	Aplicación de limitadores	Artículos encontrados	Artículos seleccionados
PubMed	“Nurs*” AND “Burnout” AND “Critical” AND “Care”	36	<ul style="list-style-type: none"> - Publicado en los últimos 10 años. - Idiomas: inglés y español. - Texto completo. 	19	13
	“Nurs*” AND “Burnout” AND “Critical care” AND “Patients”	22	<ul style="list-style-type: none"> - Publicado en los últimos 10 años. - Idiomas: inglés y español. - Texto completo. 	14	3
CINHAL	“Nurse” AND “Burnout” AND “Critical care”	50	<ul style="list-style-type: none"> - Publicado en los últimos 10 años - Exclusión de los registros Medline 	33	14
Cuiden	“Enfermería” AND “Burnout” AND “Cuidados críticos”	10	<ul style="list-style-type: none"> - Publicado en los últimos 10 años - Texto completo 	8	2
Cochrane	“Nursery” AND “Burnout” AND “Critical care”	0	-	-	-
	“Nurse” AND “Burnout” AND “Critical care”	6	<ul style="list-style-type: none"> - Publicado en los últimos 10 años - Idiomas: inglés y español - Texto completo 	6	2

Tabla 3: Metodología en la búsqueda bibliográfica.

Figura 3: Algoritmo de la selección de artículos.



➤ RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tras recoger un total de 16 artículos, los resultados se han agrupado y han sido sintetizados en cinco temas que se exponen a continuación:

1. Afectación del síndrome de *burnout* en enfermeras que trabajan en unidades de cuidados críticos.

Según el estudio realizado por Losa Iglesias M. en el año 2009 ⁽¹⁶⁾, el síndrome de *burnout* está asociado a diferentes factores ocupacionales y personales, como son las grandes cargas de trabajo, la excesiva responsabilidad y una autoridad limitada. Además de estudiar estos factores de índole individual, este estudio tiene como objetivo principal demostrar la relación entre los síntomas del síndrome y un fenómeno denominado “Experiential Avoidance (EA)” en enfermeras de unidades de cuidados críticos. El EA es definido como una respuesta humana ante pensamientos, sentimientos o sensaciones no deseadas. Esta respuesta se basa en el esfuerzo continuo inconsciente de evitar experiencias que puedan afectar de manera negativa a nuestras funciones o interacciones. El excesivo esfuerzo empleado en utilizar el EA como mecanismos de defensa ha sido propuesto como causa de múltiples trastornos emocionales, ya que produce más estrés y problemas a largo plazo que el evento inicial. En el estudio, estos conceptos son importantes ya que sugieren que el grado en que una persona evita las experiencias negativas, podría desencadenar en una mala praxis, lo que afectaría en la efectividad en el trabajo. Así, los autores realizaron una encuesta descriptiva dirigida a un grupo de 80 enfermeras de las unidades de cuidados críticos de cinco hospitales del Principado de Asturias. La encuesta constaba de tres partes: el MBI, el Acceptance and Action Questionnaire (AAQ) y una selección de diferentes datos sociodemográficos. El AAQ es una escala diseñada para evaluar el EA y las acciones tomadas a pesar de las experiencias negativas en el trabajo. De este modo, altas puntuaciones en el AAQ reflejan un gran uso del EA como estrategia de afrontamiento. Tras la realización de la encuesta, los autores encontraron niveles altos de cansancio emocional y de baja realización personal, así como niveles moderados de despersonalización. No obstante, como hallazgo principal

de este trabajo, se evidenció que la frecuencia con que las enfermeras sufrían los síntomas del síndrome tenía una relación directa y significativa con la aparición del EA. Esto quiere decir que cuando se intentan controlar los sentimientos negativos, se provocan consecuencias a nivel físico, psíquico y comportamental que pueden desembocar en el síndrome de *burnout*.

Sin embargo, en el mismo año, Polônio MC. et al ⁽¹⁷⁾ encontraron resultados significativamente distintos. Llevaron a cabo una investigación en un hospital principal con 26 enfermeras de una Unidad de Cuidados Intensivos. La recolección de datos se realizó a través del MBI, para evaluar los signos y síntomas del síndrome de *burnout*, y de dos autoinformes, uno para evaluar el estrés experimentado en la enfermería y otro para conocer la satisfacción laboral de las profesionales. Los resultados obtenidos mostraron que la enfermería de UCIs debe aprender a lidiar con situaciones estresantes en el trabajo, ya que de no hacerlo presentaría signos y síntomas que les podría llevar a desarrollar el síndrome. No obstante, la población que se estudia en este trabajo manifiesta una sensación de logro profesional, y de hecho el 71.5% de ellos refieren estar satisfechos con su trabajo.

Desde otro punto de vista, Hawes K. en 2009 ⁽¹⁸⁾, postula que la relevancia del estrés laboral para la enfermería radica en su relación entre el *Burnout* y la rotación de turnos, entre otros factores. El objetivo de este estudio fue examinar el estrés laboral y el agotamiento de las enfermeras de una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), en relación con el entorno de trabajo, los resultados en los pacientes y la satisfacción de los padres. Se utilizaron tres escalas de medida: el MBI, la Extended Nurse Stress Scale y la Professional Practice Environment Scale sobre una muestra de 75 enfermeras y 26 padres, para así poder estudiar la relación entre las variables de las enfermeras y las variables que hacen referencia a los resultados de los pacientes. Los resultados del estudio concluyeron que un aumento en la calidad del ambiente de práctica profesional, se asocia con niveles más bajos de estrés laboral y de agotamiento en el personal de enfermería de la UCIN, así como con niveles más altos de satisfacción de los padres.

Siguiendo con la misma temática, Clark-Shirley LJ. en el año 2012 ⁽¹⁹⁾ realiza una disertación sobre los efectos del cuidado en los resultados del trabajo de las enfermeras de pacientes críticos. Así, se plantea examinar el impacto del estado del cuidador en los resultados del trabajo y en las experiencias laborales. En este trabajo se utilizó una encuesta basada en la web estadounidense Asociación de Enfermeras de Cuidados Críticos (AACN) sobre una muestra de 882 enfermeras. Según los resultados del estudio, el estado del cuidador que padecía *Burnout* también tuvo efectos en la relación con la familia de los pacientes, haciendo ésta más difícil y conflictiva. Entre los cuidadores, la carga objetiva de trabajo y la calidad del apoyo al trabajador, predijo el desarrollo de *burnout*, mientras que la carga subjetiva experimentada por los trabajadores, en algunas ocasiones desencadenó en el abandono del puesto de trabajo.

Más tarde, en el año 2012, Stutzer K. ⁽²⁰⁾ habla sobre la simbiosis persona-puesto de trabajo y su relación con el estrés laboral y el *burnout*. Su teoría identifica al *Burnout* como un resultado de la relación que la persona tiene con su trabajo. El objetivo de este estudio fue examinar el efecto moderador de dicha relación sobre el desarrollo del síndrome. Como hallazgo principal de este trabajo se evidenció que existe una relación entre el *burnout* y la manera en la que los trabajadores vinculan su propia personalidad y carácter con su ocupación laboral. Se propone, además, que el cansancio emocional y demás síntomas propios del síndrome ocurren cuando una enfermera conoce la manera correcta y ética de actuar, pero no puede llevarla a cabo. Esto da lugar a sentimientos de frustración, insatisfacción laboral y baja realización en el puesto de trabajo, es decir, lo que podría resultar en el desarrollo del *Burnout*. Por ello, en el estudio se afirma que la relación entre el individuo y su puesto de trabajo juega (o puede jugar) un papel importante en la aparición de la patología.

Según Lewis G. ⁽²¹⁾, en un estudio publicado en 2013 sobre las experiencias de enfermeras que cuidan a pacientes terminales y su relación con el *burnout*, la enfermería, más que cualquier otro grupo de profesionales de la salud, es el colectivo que cuida a pacientes cuyos tratamientos médicos han sido agotados. El rol del cuidador es una de las responsabilidades más importantes de la profesión. Las enfermeras ponen especial atención y esfuerzo en promover la dignidad, tener un buen control del dolor, acompañar a los pacientes en su últimos momentos, asegurar el cumplimiento de las últimas voluntades, promover un temprano cese de las actividades encaminadas al mantenimiento de la vida cuando el paciente o sus familiares lo desean, y hacer a la familia partícipe de los cuidados. Por ello, prestar cuidados individualizados a pacientes terminales, y a su vez prevenir el desarrollo del síndrome en cuestión es una ardua tarea. El propósito de este estudio cualitativo fue explorar las experiencias, percepciones y necesidades de enfermeras de cuidados intensivos, que han proporcionado asistencia médica fútil a pacientes moribundos, y determinar cómo las experiencias de las enfermeras pueden contribuir al *burnout* y al estrés. En este estudio participaron tres enfermeras y un enfermero de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Northern California Hospital. El principal instrumento de análisis fue una entrevista no estructurada sobre las experiencias vividas de las participantes. El objetivo de la entrevista fue explorar cómo la educación de las enfermeras de cuidados críticos contribuye al agotamiento emocional y al estrés, otorgando a las profesionales la oportunidad de revelar sus experiencias. El resultado de estas entrevistas y el análisis de sus datos, sugiere que el hecho de cuidar a los pacientes terminales que continúan recibiendo tratamiento médicamente fútil, puede contribuir al desarrollo del *burnout* en los profesionales de enfermería.

2. Comparación entre UCIs y unidades de hospitalización en cuanto a la aparición del síndrome.

En un estudio realizado por Fuentelsaz-Gallego C. et al en el año 2013 ⁽²²⁾, se estudia el *Burnout* realizando una comparación entre enfermeras de una unidad de cuidados críticos (UC) y enfermeras de unidades de hospitalización, también denominadas unidades médico-quirúrgicas (UMQ). El objetivo del estudio fue conocer si existen diferencias en la percepción del entorno laboral, el nivel de *burnout* y la satisfacción con el trabajo, entre los dos grupos utilizados para la investigación. Para el análisis de estos datos se reunieron a 6.417 enfermeras de UMQ y 1122 de UC. La recogida de datos se llevó a cabo a través del cuestionario Practice Environmet Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI) para conocer la percepción del entorno y el nivel de satisfacción laboral, y el cuestionario MBI para la medición del *burnout*. El PES-NWI mostró mejores valores en UMQ en 4 de los 5 factores de estudio, con la única excepción de la dotación de recursos, que fue mayor en las UC. La satisfacción laboral fue inferior en las enfermeras de UC, aunque un alto porcentaje de ellas, el 70%, se mostraban satisfechas en relación a su ocupación. Finalmente, en cuanto al *burnout*, este estudio se llevó a cabo siguiendo la división de síntomas propuesta por Maslach, es decir, se estudiaron por separado las tres dimensiones del síndrome: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal. Atendiendo al agotamiento emocional, ambos grupos presentaron niveles altos de *burnout* global, mostrando un 18% de afectadas en las UMQ y un 23% en las UC. En cuanto a la despersonalización, esta fue ligeramente superior en las UMQ (23% de enfermeras frente a un 22% en las UC). Y finalmente, en el estudio de la baja realización personal, se reflejó una gran diferencia entre ambos grupos. Las enfermeras de UC presentaban el síntoma en un 39% de los casos, frente al 28% de las enfermeras de UMQ. Una vez estudiado el síndrome desde sus manifestaciones, se podría señalar que aunque ambos grupos de estudio reflejen altos niveles en las tres esferas del *burnout*, existe una diferencia significativa entre las enfermeras de UC y de UMQ, siendo las primeras el grupo más afectado.

3. Influencia de disposición de los turnos y horarios de trabajo en la aparición del síndrome.

Las enfermeras, como proveedoras principales de los cuidados, están obligadas a la práctica del trabajo por turnos. La literatura actual indica que el cambio de horarios funciona como uno de los factores inductores del agotamiento emocional. Sin embargo, a pesar de numerosos estudios en esta área, no existe una clara evidencia en la relación entre el trabajo por turnos y el desarrollo del síndrome de burnout entre las enfermeras, especialmente en aquellas que trabajan en entornos de cuidados intensivos. Por ello, Shamali M. et al en 2015 ⁽²³⁾, realizaron un estudio comparativo sobre la aparición de *burnout* entre dos grupos de enfermeras con diferentes turnos. El objetivo fue comparar el desgaste profesional en enfermeras de cuidados críticos con y sin horarios de turnos fijos. Se seleccionaron 130 enfermeras con horario de turno rotativo y 130 enfermeras con horario de turno fijo, y para la recolección de datos se utilizó el MBI. El puntaje promedio de agotamiento emocional fue significativamente mayor en las enfermeras con horarios de turnos fijos. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas entre las puntuaciones medias de los dos grupos en las subescalas de realización personal y despersonalización. Los hallazgos del presente estudio mostraron que las enfermeras de cuidados críticos con horarios de turnos fijos experimentan niveles mayores de agotamiento emocional, y como consecuencia directa, niveles mayores de *burnout* en comparación con aquellas enfermeras con turnos rotativos.

4. Estrategias de afrontamiento y/o prevención del síndrome.

La mayoría de los artículos que hablan sobre afrontamiento y prevención del síndrome de *Burnout*, tratan sobre la resiliencia como método disuasorio. Por este motivo, los estudios utilizados para los resultados del presente trabajo, hablan casi en su totalidad de esta capacidad para superar situaciones traumáticas, como son las tres dimensiones del síndrome de *Burnout*.

Para crear conciencia sobre este síndrome, el Critical Care Societies Collaborative (CCSC) publica en 2016 un artículo cuyo objetivo fue realizar una llamada de atención en el ámbito laboral de la salud ⁽²⁴⁾. En este artículo se discuten intervenciones que podrían ser usadas para prevenir y tratar el síndrome, mitigar su desarrollo, así como disminuir las consecuencias perjudiciales del mismo, tanto para profesionales de la salud como para pacientes. Según el CCSC existen dos posibles estrategias que pueden prevenir y tratar el *burnout*: (1) realizar intervenciones enfocadas en mejorar el entorno de la UCI y (2) realizar intervenciones centradas en ayudar a las personas a hacer frente a su entorno. Basándose en un informe de la Asociación Americana de Enfermeras de Cuidados Críticos, los autores afirman que se necesitan seis estándares para establecer y mantener un ambiente de trabajo saludable: comunicación hábil, verdadera colaboración, toma de decisiones efectiva, dotación de personal adecuada, reconocimiento significativo y liderazgo auténtico. Los profesionales del cuidado de la salud deben ser formados en el reconocimiento de los factores de riesgo del síndrome, y en la toma de responsabilidad individual para el mantenimiento de su propio bienestar laboral. Por lo tanto, se debe formar a los profesionales de enfermería en cuanto a la resiliencia, ya que ésta es una característica multidimensional que permite a un individuo adaptarse a la complejidad y al cambio. La construcción de la resiliencia requiere una variedad de intervenciones basadas en preferencias individuales. Sin embargo, también son necesarias estrategias adicionales tales como establecer límites y un equilibrio entre el trabajo y la vida cotidiana, con el objetivo de impedir el desarrollo de síndrome.

En 2017, Arrogante y Aparicio-Zaldivar analizaron el papel mediador de la resiliencia en la relación del *burnout* y la salud de los profesionales que trabajan en unidades de cuidados críticos ⁽²⁵⁾. Para ello utilizaron el MBI y el cuestionario Connor-Davidson Resilience Scale para determinar el nivel de resiliencia de los participantes en una muestra de 52 profesionales de una UCI de Madrid, principalmente enfermeras (el 58%). En el estudio evidenciaron que las tres dimensiones del burnout, la salud mental y la resiliencia están asociadas entre sí, mientras que la salud física solo se relaciona con el agotamiento emocional. Este análisis muestra que la despersonalización no tiene una clara relación con la salud mental y la resiliencia. Por el contrario, el agotamiento emocional y la baja realización personal sí que se relacionan positivamente con estas variables. Tras este análisis, se afirma el papel mediador de la resiliencia en la relación de los síntomas propios del burnout y la salud mental. Por lo tanto, la resiliencia mejora no solo la salud mental, sino también la capacidad de llevar a cabo una buena praxis.

La escasez crítica entre enfermeras es particularmente evidente en especialidades como unidades de cuidados intensivos (UCI). Algunas desarrollan estrategias de afrontamiento basadas en la resiliencia y se adaptan a situaciones estresantes, mitigando el desarrollo de síntomas psicológicos desadaptativos como el síndrome de burnout. Por este motivo, en 2014 Mealer M. et al ⁽²⁶⁾, desarrolla un estudio cuyo objetivo fue si era factible realizar si un programa de entrenamiento en materia de resiliencia para enfermeras de UCI. Los autores realizaron una intervención aleatorizada y controlada de 12 semanas a través de encuestas que medían la resiliencia, ansiedad, depresión, trastorno de estrés postraumático (TEPT) y síndrome de burnout, antes y después de la intervención. Se utilizaron cuatro cuestionarios: el MBI, el Connor-Davidson Resilience Scale, el Posttraumatic Diagnostic Scale, y finalmente el Client/Patient Satisfaction Questionnaires (CSQ) para medir la satisfacción de los participantes. Tras la recopilación y análisis de los datos, el programa propuesto fue factible y aceptable para conducir a las enfermeras de UCI al bienestar mental, puesto que las enfermeras que padecían síndrome de *Burnout* experimentaron una disminución significativa en los síntomas. Ninguna de las participantes abandonó el estudio y el nivel de satisfacción frente a la intervención fue alta, como se demuestra en las

puntuaciones medias del cuestionario utilizado para medir esta variable (25/32 puntos máximos totales del CSQ). Tras los resultados obtenidos en este estudio, de nuevo Mealer M. dos años más tarde en 2016 ⁽²⁷⁾, diseña un programa basado en el mindfulness y la resiliencia, enfocado a las enfermeras de cuidados críticos para reducir la incidencia del *burnout*. De este modo, la autora realizó una serie de preguntas a través de una entrevista estructurada a 33 enfermeras. Las encuestadas identificaron barreras potenciales para la adherencia al programa y propusieron incentivos para una mejor adaptación. No se consiguió un diseño final de la intervención ya que no fue completamente aceptada, lo que sugiere que las instituciones que deseen incorporar programas para el entrenamiento de la resiliencia, necesitan entender las barreras y preocupaciones más relevantes para el personal al que van dirigidas, es decir, los profesionales de enfermería de las UCIs.

Debido al síndrome en cuestión, cada vez son más las enfermeras que abandonan su puesto de trabajo por incapacidad de lidiar con los síntomas propios del *burnout*. Por ello, se necesitan estrategias para ayudar al colectivo enfermero a manejar los factores estresantes derivados de su trabajo y a cuidar su salud tanto física como psíquica. El programa conocido como Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) promueve el bienestar general y reduce el estrés en algunas poblaciones. Por ello, en 2009 Penque S. realizó un estudio ⁽²⁸⁾, en el cual el propósito principal fue determinar si el MBSR era una herramienta efectiva para apoyar psicológicamente a las enfermeras y mejorar su satisfacción laboral. Los hallazgos apoyan la utilización de MBSR para cuidar la salud de las enfermeras de cuidados críticos. La utilización del MBSR mostró un aumento significativo de la calidad en la atención de los pacientes, su seguridad y satisfacción, lo que quiere decir que la praxis enfermera se ve mejorada cuando se utiliza el mindfulness como herramienta de disminución del estrés laboral.

5. Consecuencias del síndrome sobre los pacientes.

Debido a la influencia del síndrome en el colectivo enfermero, existe una serie de repercusiones sobre el trato a los pacientes, sus cuidados, y por consiguiente en los resultados obtenidos sobre la mejora de su salud, calidad de vida y/o grado de sufrimiento durante los cuidados paliativos. Por este motivo, a continuación se detalla un análisis de diferentes artículos que tratan sobre esta relación perjudicial para los pacientes.

En 2015, Nantsupawat A. et al realizaron un estudio transversal cuyo objetivo fue investigar el efecto del burnout de las enfermeras sobre la calidad de la atención, los eventos adversos y los resultados de los pacientes ⁽²⁹⁾. La muestra para el estudio constaba de 2.084 enfermeras que trabajan en 94 hospitales comunitarios de Tailandia. Los datos se recopilaron a través del Maslach Burnout Inventory (MBI), para medir la calidad de la atención percibida por la enfermera y los resultados de los pacientes, y así poder explorar las asociaciones entre el agotamiento emocional de las profesionales sobre la calidad de sus intervenciones. Tras la recogida de datos, se obtuvo que el 32% de las enfermeras informaron de un alto agotamiento emocional, un 18% de alta despersonalización y un 35% de baja realización personal. Además, el 16% de las enfermeras calificaron la calidad de la atención en su unidad de trabajo como regular o deficiente, el 5% informó de la caída de pacientes, el 11% de errores de medicación y el 14% de infecciones derivadas de la prestación de cuidados. Cada unidad de aumento de la puntuación de la subescala de agotamiento emocional, se asoció con un aumento del 30% en caídas de pacientes, del 47% en errores de medicación y del 32% en el padecimiento de infecciones. Estos resultados evidenciaron una asociación entre las tres dimensiones del *burnout* y las percepciones de las enfermeras sobre los resultados adversos del paciente en sus unidades. Esto puede ser debido a que las enfermeras que experimentan síntomas propios del *burnout*, muestran actitud de indiferencia hacia los destinatarios del cuidado, dando lugar a una baja productividad en el trabajo.

La enfermería como profesión, implica el cuidado de las personas desde un marco bio-psico-social, y se considera inapropiado que éstas piensen o hablen sobre los pacientes de forma objetiva o deshumanizante. Se ha estudiado que las enfermeras de cuidados intensivos pueden experimentar estrés emocional mientras luchan por pensar en los pacientes “como personas”. En 2015, McLean C. et al realizan un estudio etnográfico en una unidad de cuidados críticos de Reino Unido ⁽³⁰⁾, cuyos objetivos del estudio fueron (1) identificar y caracterizar las formas en que las enfermeras de cuidados intensivos piensan y hablan sobre los pacientes; y (2) describir los patrones de práctica de enfermería asociados con estas diferentes formas de pensar. Ningún estudio previo había examinado el papel desempeñado por la charla "impersonal" en la prestación de cuidados de enfermería. Por ello, en esta investigación se estudia la forma en que las enfermeras de cuidados intensivos piensan y hablan sobre los pacientes, y su relación con la práctica enfermera, es decir, qué resultados se obtienen sobre la salud de los pacientes. Siete enfermeras de cuidados críticos participaron en el estudio, y el análisis de estos datos condujo a la identificación de siete discursos, cada uno de los cuales se caracterizó por una forma particular de hablar y pensar sobre los pacientes. Cuatro de estos siete discursos fueron de particular importancia, ya que los participantes lo caracterizaron como impersonal al pensar y hablar sobre los pacientes como trabajo rutinario, o como un caso médico. Aunque los participantes a menudo ofrecían disculpas o excusas por hacerlo, estas formas de pensar y hablar se asociaron con una mala praxis enfermera, la cual debería basarse en la excelencia para brindar una atención segura y efectiva. Esto significa que las enfermeras pueden tener problemas a la hora de reflexionar sobre aspectos de su práctica, ya que esta reflexión parece exigirles pensar y hablar sobre los pacientes de manera impersonal. Este hecho puede ser a su vez una fuente importante de agotamiento emocional, surgido de la disonancia entre los ideales y la realidad de la práctica.

Finalmente, es relevante señalar la importancia de la formación de nuevos profesionales para así garantizar una prestación de cuidados óptima. Por ello, Bailey C. et al ⁽³¹⁾, realizaron en 2014 un estudio para evaluar el impacto de un taller educativo sobre las actitudes de estudiantes de enfermería hacia el cuidado de pacientes terminales. Se utilizó una encuesta para determinar la actitud y sentimientos de los estudiantes de enfermería con respecto a la atención al final de la vida, antes y después su participación en un taller. Los datos revelaron un aumento estadísticamente significativo en las actitudes positivas hacia la atención de pacientes paliativos. Las respuestas a las encuestas indicaron que el taller se consideraba una valiosa oportunidad de aprendizaje. Gracias a este estudio, se mostró evidencia sobre la relación entre la identificación de la parcela emocional en la ocupación laboral y el desarrollo de la inteligencia emocional en la enfermería. Esta relación puede reducir el riesgo de desarrollo del síndrome de *Burnout* y otras enfermedades relacionadas con la ocupación laboral, las cuales cursan con estrés, agotamiento emocional y posible abandono de la práctica enfermera.

➤ CONCLUSIÓN

A modo de cierre de esta revisión narrativa, es preciso señalar una serie de conclusiones que han surgido a lo largo de la lectura crítica de los artículos recopilados en la bibliografía.

Como se ha explicado anteriormente, el síndrome de *burnout* con el paso de los años ha ido cobrando cada vez más relevancia. Este hecho es fundamental para entender que este trastorno que afecta al ámbito emocional, cognitivo, conductual y social, provocando graves consecuencias (depresión, absentismo, abandono del puesto de trabajo, etc.) a los profesionales de la salud, sobre todo al colectivo enfermero que trabaja en unidades de cuidados críticos (UCIs). Estas manifestaciones se producen como resultado de los tres síntomas principales del *burnout*, cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal, y según lo estudiado, estos podrían intensificarse con horarios de trabajo fijos, cuando no se baraja la posibilidad de implantar turnos rotativos. ^(3,4)

También cabe destacar que aunque es un síndrome muy estudiado, no se encuentra concordancia absoluta entre los distintos estudios analizados. No obstante, en cuanto al estudio de la resiliencia como método preventivo del *burnout*, si se han encontrado armonía entre los diferentes análisis, lo que demuestra que esta capacidad de superar circunstancias traumáticas, puede ayudar a los profesionales de enfermería a evitar una patología tan prevalente y relevante como es el síndrome. Sin embargo, se necesita más investigación sobre los efectos de la terapia Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) en diferentes grupos de enfermeras, ya que la utilización de esta técnica podría ayudar al personal de enfermería a convivir con un entorno laboral estresante, y así no desarrollar trastornos psicológicos tales como el *Burnout*.

Finalmente, es oportuno señalar el impacto que tiene el síndrome de *Burnout* que sufren las enfermeras de UCIs, sobre el cuidado de los pacientes. Se ha encontrado clara evidencia que afirma una baja eficiencia de los cuidados y de la consecución de los resultados, en pacientes críticos cuyos principales proveedores de cuidados padecen agotamiento profesional. La disminución del logro de los resultados no solo afecta a los pacientes de UCI, sino que la actitud de las enfermeras hacia todos los pacientes y sus pensamientos condicionan esta relación, la cual debería estar basada en el respeto, confianza y excelencia que caracteriza a la enfermería.

➤ LIMITACIONES Y PROYECCIÓN EN EL FUTURO

La principal limitación que se ha encontrado ha sido el escaso número de artículos en los que se estudie el síndrome de *burnout* en UCIs de los hospitales más relevantes de España, y de manera más concreta de la Comunidad de Madrid.

Por lo tanto, sería interesante realizar un programa basado en el entrenamiento de la resiliencia para implementarlo en las UCIs de los hospitales de la Comunidad de Madrid, y realizar un seguimiento para evaluar sus efectos sobre los profesionales a través de un proyecto de investigación cuyas herramientas para dicha actividad sean la escala Maslach Burnout Inventory (MBI) y el cuestionario Connor-Davidson Resilience Scale para determinar el nivel de resiliencia de los participantes. ⁽²⁵⁾

➤ AGRADECIMIENTOS

Gracias a mi tutor, el profesor Luis Monge, por haberme guiado en esta ardua tarea, haber mejorado mi técnica de redacción, y haberme facilitado artículos necesarios para la revisión. Su dedicación y total colaboración ha sido realmente necesaria para la realización esta revisión narrativa.

También me gustaría agradecer el asesoramiento acerca del TFG del personal de la biblioteca a través de los cursos ofertados por la misma.

Finalmente gracias a mi familia y amigos, por la paciencia que han tenido durante estos meses de agobio y estrés experimentados en esta última etapa del Grado de Enfermería.

➤ BIBLIOGRAFÍA

1. Apiquian Guitart, A. El síndrome de burnout en las empresas. [Internet] Departamento de Psicología Laboral Universidad Anáhuac. México; 2007. [Consultado el 25 de mayo]. Disponible en: <https://bit.ly/2qFARyR>
2. Carrión D, Ayala Cervantes A, Antezana De Gregori P, Yllatopa Guiño E. Síndrome de burnout en asistentes y residentes de anestesiología del Hospital Nacional. BVS. 2012;20(1):13-20.
3. Solano Ruiz Mª, Hernández Vidal P, Vizcaya Moreno Mª, Reig Ferrer A. Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería de cuidados críticos. Enfermería Intensiva. 2002;13(1):9-16.
4. Martinez Perez A. El síndrome de Burnout. Evolucion conceptual y estado actual de la cuestion. Vivat Academia. 2010;1(112).
5. Solano MC, Hernández P, Vizcaya MF, Reig A. Síndrome de burnout en profesionales de enfermería de cuidados críticos. Enferm Intensiva. 2002;13(1):9-16.
6. López-Soriano F, Bernal L. Prevalencia y factores asociados con el síndrome de burnout en la enfermería de atención hospitalaria. Rev Calid Asist. 2002;17(4):201-5.
7. Sanjuan Estallo L, Arrazola Alberdi O, García Moyano LM. Prevalencia del Síndrome del Burnout en el personal de enfermería del Servicio de Cardiología, Neumología y Neurología del Hospital San Jorge de Huesca. Revista Enfermería Global. 2014;26(1):253-264
8. Gil-Monte PR. Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) en profesionales de enfermería. Psicología em Estudo. 2002;7(1):3-10.
9. Purvanova RK, Muros JP. Gender differences in burnout: A meta-analysis. Journal of Vocational Behavior. 2010;77(2):168-85.
10. Quiceno JM, Vinaccia Alpi S. Burnout en médicos: aproximaciones teóricas y algunos diagnósticos diferenciales. Revista Medicina Legal Costa Rica. 2006;23(2):137-152.
11. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [Internet]. Madrid [Consultado 14 febrero 2018]. Msssi.gob.es. Disponible en: <https://bit.ly/2HbA5zV>

12. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *Jama*. 2002; 288(16): 1987-93.
13. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Lake ET, Cheney T. Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *J Nurs Adm*. 2008; 38(5): 223- 9.
14. Aiken LH, Sermeus W, Van den Heede K, Sloane M., Busse R, McKee M, et col. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ [revista en Internet]* 2012. [Consultado 17 marzo 2018]; 344: 1- 14. Disponible en: <https://bit.ly/2H8MNUb>
15. Cristina Heierle Valero. La imagen de la enfermera a través de los medios de comunicación de masas: La prensa escrita. *Index de Enfermería*. 2017;18(2):95-98.
16. Losa Iglesias ME, Vallejo, Ricardo Becerro de Bengoa, Fuentes PS. The relationship between experiential avoidance and burnout syndrome in critical care nurses: A cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*. 2010;47(1):30-37.
17. Afecto, Maria do Carmo Polônio, Teixeira MB. Evaluation of occupational stress and burnout syndrome in nurses of an intensive care unit: a qualitative study. *Online Brazilian Journal of Nursing*. 2009;8(1).
18. Katheleen Hawes. Nurse job stress, burnout, practice environment and maternal satisfaction in the neonatal intensive care unit. ProQuest Dissertations Publishing; 2009.
19. Leanne June Clark-Shirley. The effects of caregiver status, caregiver context, and job context variables on critical care registered nurses' work outcomes. ProQuest Dissertations Publishing; 2012.
20. Karen Stutzer. The moderating effects of job-person fit on the relationship between moral distress and burnout in critical care nurses. ProQuest Dissertations Publishing; 2013.
21. Gloria Lewis. Burnout and stress: A phenomenological study of ICU nurses' experiences caring for dying patients. ProQuest Dissertations Publishing; 2013.

22. Fuentelsaz-Gallego C, Moreno-Casbas T, Gómez-García T, González-María E. Entorno laboral, satisfacción y burnout de las enfermeras de unidades de cuidados críticos y unidades de hospitalización. Proyecto RN4CAST-España. *Enfermería intensiva*. 2013;24(3):104-112.
23. Shamali M, Shahriari M, Babaii A, Abbasinia M. Comparative Study of Job Burnout Among Critical Care Nurses With Fixed and Rotating Shift Schedules. *Nursing and midwifery studies*. 2015;4(3).
24. Marc Moss MD, Vivky Good S, David Gozal MD. An Official Critical Care Societies Collaborative Statement-Burnout Syndrome in Critical Care Health-care Professionals: A Call for Action. *CHEST*. 2016;150(1):17-26.
25. Arrogante O, Aparicio-Zaldivar E. Burnout and health among critical care professionals: The mediational role of resilience. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2017;1;42:110.
26. Mealer M, Conrad D, Evans J, Jooste K, Solyntjes J, Rothbaum B, et al. Feasibility and acceptability of a resilience training program for intensive care unit nurses. *American journal of critical care: an official publication, American Association of Critical-Care Nurses*. 2014;23(6).
27. Mealer M, Hodapp R, Conrad D, Dimidjian S, Rothbaum BO, Moss M. Designing a Resilience Program for Critical Care Nurses. *AACN. Adv Crit Care*. 2017;28(4):359-365.
28. Susan Penque. Mindfulness based stress reduction effects on registered nurses ProQuest Dissertations Publishing; 2009.
29. Nantsupawat A, Nantsupawat R, Kunaviktikul W, Turale S, Poghosyan L. Nurse Burnout, Nurse-Reported Quality of Care, and Patient Outcomes in Thai Hospitals. *Journal of Nursing Scholarship*. 2016;48(1):83-90.
30. McLean C, Coombs M, Gobbi M. Talking about persons - thinking about patients: an ethnographic study in critical care. *International journal of nursing studies*. 2016;54:122-131.
31. Bailey C, Hewison A. The impact of a 'Critical Moments' workshop on undergraduate nursing students' attitudes to caring for patients at the end of life: an evaluation. *Journal of Clinical Nursing*. 2014;23(23-24):3555-3563.

➤ ANEXOS

▪ ANEXO 1 - Cuestionario **Maslach Burnout Inventory (MBI)**

Esta escala está constituida por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes y su función es medir el desgaste profesional.

El cuestionario Maslach se realiza en 10 a 15 minutos y mide los 3 aspectos del síndrome: cansancio emocional, despersonalización, realización personal. Con respecto a las puntuaciones se consideran bajas las puntuaciones por debajo de 34. El cuestionario consta de tres subescalas:

1. Subescala de agotamiento emocional. Consta de 9 preguntas. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54.
2. Subescala de despersonalización. Está formada por 5 ítems. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30.
3. Subescala de realización personal. Se compone de 8 ítems. Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48.

La clasificación de las afirmaciones es la siguiente:

- Cansancio emocional: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20.
- Despersonalización: 5, 10, 11, 15, 22.
- Realización personal: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.

La escala se mide según los siguientes rangos:

- 0 = Nunca
- 1 = Pocas veces al año o menos
- 2 = Una vez al mes o menos
- 3 = Unas pocas veces al mes o menos
- 4 = Una vez a la semana
- 5 = Pocas veces a la semana
- 6 = Todos los días

Se consideran que las puntuaciones del MBI son bajas entre 1 y 33.

El cuestionario es el siguiente:

1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo
2	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado
4	Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes
5	Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales
6	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa
7	Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes
8	Siento que mi trabajo me está desgastando
9	Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo
10	Siento que me he hecho más duro con la gente
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo
13	Me siento frustrado en mi trabajo
14	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo
15	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes
16	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes
18	Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo
20	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades
21	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada
22	Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas

▪ **ANEXO 2 – Cuestionario Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC)**

El CD-RISC fue creado para mejorar las medidas existentes de resiliencia (por ejemplo, resistencia o estrés percibido). Las escalas de resiliencia existentes se consideraron inadecuadas porque carecían de generalización.

El CD-RISC consta de 25 elementos, que se evalúan en una escala de Likert de cinco puntos que va de 0-4: no verdadero (0), raramente verdadero (1), a veces verdadero (2), a menudo verdadero (3), y cierto casi todo el tiempo (4): estas clasificaciones resultan en un número entre 0-100, y las puntuaciones más altas indican una mayor capacidad de recuperación, es decir, de resiliencia.

El análisis factorial de la escala original incluye cinco factores: (1) competencia personal, (2) altos estándares y tenacidad, (3) confianza en los instintos, (4) tolerancia al afecto negativo y (5) fortalecimiento de los efectos del estrés

Los ítems individuales son los siguientes:

Item no.	Description
1	Able to adapt to change
2	Close and secure relationships
3	Sometimes fate or God can help
4	Can deal with whatever comes
5	Past success gives confidence for new challenge
6	See the humorous side of things
7	Coping with stress strengthens
8	Tend to bounce back after illness or hardship
9	Things happen for a reason
10	Best effort no matter what
11	You can achieve your goals
12	When things look hopeless, I don't give up
13	Know where to turn to for help
14	Under pressure, focus and think clearly
15	Prefer to take the lead in problem solving
16	Not easily discouraged by failure
17	Think of self as strong person
18	Make unpopular or difficult decisions
19	Can handle unpleasant feelings
20	Have to act on a hunch
21	Strong sense of purpose
22	In control of your life
23	I like challenges
24	You work to attain your goals
25	Pride in your achievements